

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

359

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph PENOT

né le 24 février 1910, à Angoulême (Charente).

**Essai d'analgésie obstétricale
par le Sonéryl (butyléthylmalonylurée)**

Président : M. TIFFENEAU, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph PENOT

né le 24 février 1910, à Angoulême (Charente).

Essai d'analgésie obstétricale
par le Sonéryl (butyléthylmalonylurée)

Président : M. TIFFENEAU, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
(Justin) Hydrologie.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON . . . Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL.
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ
 RUPPE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.
 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES DEUX FILS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VIGNES

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a inspiré l'idée de faire ce travail, et a bien voulu nous permettre de l'effectuer dans son service.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond et respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIFFENEAU

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous fit de bien vouloir présider
notre thèse.*

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE POITIERS
ET DE
LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

AU DOCTEUR PIERRE LEROUGE

*En reconnaissance de ses précieux
conseils.*

INTRODUCTION

Dans la pratique obstétricale, on peut être amené à anesthésier une femme en travail, pour une intervention (telle qu'une césarienne, une application de forceps) qui nécessite une anesthésie complète, avec perte de la conscience. On peut aussi vouloir faire disparaître des phénomènes de contracture qui cèdent à l'emploi d'un anesthésique.

Dans ces cas, l'anesthésie ne diffère en rien de l'anesthésie chirurgicale.

Ce que nous avons voulu étudier, c'est l'emploi d'un analgésique au cours d'un accouchement normal, sans intervention d'aucune sorte, nous donnant uniquement pour but la diminution des douleurs naturelles du travail.

On a certes longtemps récusé la légitimité de la recherche de moyens propres à atténuer les douleurs de l'accouchement; BARNES ne disait-il pas « aucun phénomène du travail naturel n'est inutile ni superflu, pas même la douleur » ? Quant à nous, il ne nous paraît pas que la douleur soit un phénomène nécessaire et indispensable à la bonne évolution du travail normal. D'autre part, permettre à une femme d'accoucher sans douleurs, ou, tout au moins, atténuer celles-ci, ne semble pas, aujourd'hui, une utopie.

On dit encore « douleurs » pour désigner les contractions utérines de l'accouchement; ce n'est pas cependant

cette confusion de termes qui doit nous amener à penser que sans douleurs, il n'est pas de contractions; au début de son anesthésie, une femme qui respire du chloroforme, a des contractions utérines tout aussi énergiques que si elle en avait conscience. Et pourquoi, si les douleurs sont indispensables à l'expulsion du fœtus, endort-on une femme à qui on fait une application de forceps ? PINARD disait que l'on ne devait pas chercher à combattre les douleurs de l'accouchement puisque l'on ne peut les mesurer; en présence d'une vésicule biliaire expulsant un calcul, ne calmons nous pas la colique hépatique qui en est la conséquence ? avons-nous mesuré la douleur ?

N'est-ce pas le but de tout médecin de soulager la souffrance dans toutes ses manifestations, dans la mesure de ses moyens ? Les douleurs de l'enfantement ne nous semblent pas devoir échapper à cette ligne de conduite. Les souffrances d'un hépatique, d'un tabétique, ne nous laissent pas indifférents, et nous ne nous bornons pas à déclarer que leurs douleurs ne sont ni inutiles, ni superflues, pour la bonne évolution de leur maladie.

Ne restons donc pas insensibles aux cris des parturientes, qui nous supplient de « faire quelque chose » pour les soulager.

Il ne nous paraît pas indispensable que pour avoir le bonheur d'être mère nos compagnes soient soumises éternellement à l'anathème formulé par JÉHOVAH. « Tu enfanteras dans la douleur ».

On dit que les femmes désireraient peut-être avoir davantage d'enfants si elles étaient sûres de ne pas souffrir en les mettant au monde; nous ne retiendrons pas cet ar-

gument : une femme qui désire avoir des enfants ne se laisse pas arrêter par une journée de souffrances.

Le problème de l'analgésie obstétricale est certes difficile à résoudre, mais rappelons nous la phrase que prononçait VELPEAU, en 1834 « Eviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est pas possible de poursuivre aujourd'hui ».

Il nous paraît donc légitime et d'un grand intérêt de chercher à réaliser l'accouchement sans douleur.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste travail, d'avoir découvert les moyens d'y parvenir; nous avons voulu contribuer, pour une faible part, à l'étude de l'analgésie obstétricale, et à la recherche de substances capables de permettre à une femme d'être mère sans subir des souffrances si pénibles.

Nous avons étudié l'action d'un barbiturique, le Sonéryl, sur les douleurs provoquées par l'accouchement, et recherché s'il ne modifiait pas les contractions utérines, et s'il ne comportait pas de dangers pour la santé de la future mère et de l'enfant qui va naître.

HISTORIQUE

Il y a relativement peu de temps que les médecins se sont préoccupés de rendre l'accouchement moins pénible et ont pensé à utiliser les propriétés de certains produits de la pharmacopée pour analgésier une femme en travail.

Evidemment, tant que les anesthésiques généraux n'étaient pas connus, tant que la douleur au cours des interventions chirurgicales ne pouvait être combattue, les accoucheurs ne pouvaient envisager la réalisation de l'analgésie obstétricale.

Il semble que ce soit SIMPSON, en Angleterre, qui le premier, en 1847, eut l'idée d'administrer un anesthésique à une parturiente. Sa méthode (anesthésie par inhalation) se répandit après qu'il l'eut utilisée pour anesthésier la reine Victoria en 1853; le nom de son procédé (chloroforme à la reine) est d'ailleurs conservé de nos jours, et sa technique encore employée.

L'analgésie par inhalation se vit adjoindre d'autres anesthésiques — éther, mélange de Schleich, éthylène, et plus récemment, le protoxyde d'azote préconisé par COHN. Ce procédé d'analgésie supprime la douleur, mais nécessite auprès d'une parturiente la présence constante du médecin; d'autre part on l'applique à la période d'expulsion — on ne peut envisager son application pendant

toute la durée du travail — et il semble bien que les douleurs les plus fortes et les plus pénibles soient celles de la période de dilatation; de plus on ne peut l'utiliser s'il s'agit de sujets à viscères tarés.

En 1884, DOLÉRIS chercha à réaliser l'analgésie par des procédés locaux; il badigeonnait le col de l'utérus avec une solution à 5 % de chlorhydrate de cocaïne; l'action trop passagère de ce procédé le lui fit abandonner, pour préconiser la rachianesthésie avec MALARTIC (en 1900). L'analgésie « locale » a été remise en honneur de nos jours. Le 3 novembre 1922, à la Société des Chirurgiens de Paris, le Docteur Marcel SÉNÉCHAL, chirurgien de la Maison départementale de Nanterre, exposa les résultats qu'il avait obtenu avec le Nikétoï ou chlorhydrate de para amino benzophthalamate d'éthyl; ses conclusions ont été confirmées par Victor PAUCHET. Le Nikétoï aurait une action instantanée et de longue durée, une toxicité nulle; par contre il présente l'inconvénient de nécessiter une technique très précise et une application minutieuse.

En 1905, le Professeur KRONIG préconise l'injection dans le système circulatoire de l'association scopolamine-morphine; il obtenait le « sommeil crépusculaire » (DAMMERSCHLAF); mais ce procédé d'analgésie n'était pas sans inconvénients pour le fœtus, et exigeait en outre une surveillance étroite de la parturiente.

Les barbituriques semblent donner des résultats plus intéressants. L'étude de leurs propriétés analgésiantes au cours du travail a suscité de nombreux travaux, surtout aux Etats-Unis et en Allemagne. Nous n'énumérerons pas

tous les travaux publiés sur l'action des barbituriques comme analgésiques en obstétrique; ils ont été récemment exposés mieux que nous ne saurions le faire par M. le Professeur H. VIGNES et J. CHATAIN dans la Presse Médicale du 9 et 23 nov. 1935, où l'on trouve une étude critique des plus récents travaux concernant l'emploi des barbituriques en obstétrique.

Si l'on considère l'ensemble des résultats obtenus par l'emploi des barbituriques, il s'en dégage les conclusions suivantes : en général, les barbituriques donnent une bonne analgésie et ne nuisent pas à la bonne évolution du travail; par contre ils nécessitent une surveillance constante de la femme (d'où la nécessité de n'utiliser ces procédés qu'en clinique); ils nécessitent une technique très précise; de plus, certains ne donnent une analgésie véritable qu'à des doses telles qu'elles ne sont pas sans inconvénients pour la mère (témoin l'agitation causée par le somnifène) et pour l'enfant qui naît parfois en état de mort apparente.

Parmi les barbituriques, le Sonéryl, dû aux travaux récents de M. le Professeur TUFFENEAU, n'a pas encore — à notre connaissance — été étudié au point de vue de son action possible comme analgésique au cours du travail normal de l'accouchement.

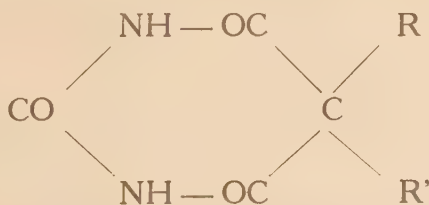
LE SONERYL

Le Sonéryl est la butyl éthyl malonylurée; il dérive de l'urée de la façon suivante :

On sait que si on remplace l'hydrogène de l'urée par des radicaux acides, on obtient les uréides, qui sont les amides correspondant à l'urée.

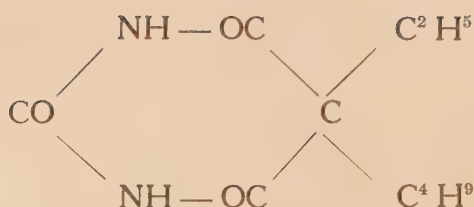
L'acide barbiturique est un diamide qui provient de la combinaison de l'acide malonique $\text{CO}^2\text{H} - \text{CH}^2 - \text{CO}^2\text{H}$ avec l'urée $\text{NH}^2 - \text{CO} - \text{NH}^2$.

Pour obtenir ses dérivés, il suffit de remplacer les deux atomes d'hydrogène unis au carbone par les radicaux divers. La formule générale des dérivés disubstitués de formule dans laquelle R et R' représentent, pour chacun, des radicaux éthyles, butyles, phényles.



formule dans laquelle R et R' représentent, pour chacun des radicaux éthyles, butyles, phényles.

Dans le cas du véronal R et R' sont des éthyles, tandis que pour le Sonéryl, les radicaux R et R' sont respectivement C^2H^5 et C^4H^9 . Sa formule peut donc s'écrire comme suit :



C'est un des dérivés les plus actifs des hypnotiques barbituriques.

Il se présente sous la forme d'une poudre blanche, fondant à 123°, peu soluble dans l'eau sauf en présence d'alcalis; il a une saveur légèrement amère.

On le donne en comprimés à la dose de 10 à 20 centigrammes, et il existe un soluté injectable à 10 centigrammes par centimètre cube.

Nous l'avons employé sous forme de suppositoires, dont voici la formule :

Sonéryl	0 gr. 20
Camphre	0 gr. 20
Excipient	q. s. p. 1 gr. 80
	pour un suppositoire ¹ .

Le camphre étant destiné à combattre l'action déprimante du barbiturique.

La forme suppositoire est la plus commode à employer; la muqueuse gastrique n'est pas irritée et on risque moins de provoquer des vomissements au cours du travail. Elle a le seul inconvénient de provoquer au niveau de la muqueuse rectale de légères sensations de brûlure, d'ailleurs très supportables et vite disparues (15 à 30 minutes après son introduction)².

(1) « Supponéryl » (Sté Générale d'Applications Thérapeutiques, Théraplix).

(2) Sensation de brûlure due à la présence de camphre.

LA DOULEUR ET L'ANALGESIE OSTETRICALES

Les douleurs provoquées par l'accouchement ne sont pas identiques pour chaque femme. La douleur se manifeste de façon variable suivant les individus, la classe sociale, la nationalité, la race; il semble même que certaines femmes ne souffrent pas pour accoucher, témoin ces peuplades de l'Afrique où, paraît-il, les douleurs de l'enfantement sont considérées comme une malédiction du ciel punissant l'infidélité conjugale.

Quoi qu'il en soit, en France, toutes nos parturientes subissent les douleurs du travail, « cet opprobre des accoucheurs » (Professeur DELMAS). Ces douleurs suivant les physiologistes, sont causées par la compression des filets nerveux du muscle utérin à chacune de ses contractions, puis par la distension des filets nerveux de la région vulvo-périnéale.

Avant de chercher à pratiquer l'analgésie obstétricale, il convient d'exposer les diverses conditions que doit réaliser tout analgésique en général, outre son action sur la douleur, qui est une condition sine qua non de son emploi.

« Primum non nocere ». L'analgésique employé ne doit pas présenter d'inconvénients pour la mère, et encore moins pour l'enfant. Il faut que l'enfant naisse dans de bonnes conditions, comme si sa mère n'avait pas été sou-

lagée de ses douleurs; il doit naître bien vivant et il ne faut pas qu'il soit nécessaire de le ranimer; en outre, l'analgésique ne doit pas léser ses viscères.

Quant à la mère, l'analgésique doit calmer son appréhension, ne pas la laisser déprimée après son accouchement; il faut qu'elle soit autant que possible dans un état d'euphorie qui lui permette de se réjouir d'être mère; elle ne devra naturellement pas être intoxiquée par les doses employées; de plus, l'analgésique doit la laisser calme, ne pas provoquer d'agitation, si néfaste pour l'asepsie que l'on veut réaliser.

L'analgésique doit en outre calmer la douleur sans abolir la conscience; il doit s'attaquer à la douleur exclusivement. Pendant le travail (surtout s'il dure longtemps), la parturiente doit pouvoir communiquer avec l'entourage, ne serait-ce que pour indiquer qu'elle « perd les eaux ». A la période d'expulsion il faut qu'elle entende les encouragements qu'on lui prodigue pour hâter sa délivrance, qu'elle puisse obéir aux indications qu'on lui donne, par exemple ne pas pousser, si l'on craint une déchirure du périnée.

L'analgésique ne doit pas trop influencer la marche de l'accouchement; il ne doit pas allonger la période de dilatation, ni celle de l'expulsion; le rythme des contractions, leur durée doivent ne pas être sensiblement modifiées, un travail trop long n'étant pas sans inconvénients pour l'enfant.

Enfin, il est préférable de s'adresser à un analgésique ne nécessitant pas l'emploi d'une technique trop compliquée, ni la présence d'un personnel nombreux et compétent pour en surveiller les effets.

Nous ne saurions mieux résumer les conditions auxquelles doit se soumettre un analgésique en obstétrique, qu'en citant cette phrase de M. le Professeur H. VIGNES.

« La légitimité qu'il y a d'employer les agents anesthésiques est liée d'une part à l'étude de leur action diminuante sur la contraction utérine, et d'autre part à leur action sur l'état général de la mère et de l'enfant. »

OBSERVATIONS

Voici les résultats que nous avons obtenus en utilisant le Sonéryl sous forme de suppositoires, chez les parturientes.

Toutes les observations qui suivent ont été prises par nous dans le service de M. le Professeur H. VIGNES (Maternité A. PINARD, Hospice des Enfants Assistés).

Nous avons observé particulièrement les effets du Sonéryl sur la contraction utérine, à l'aide de l'utéro-tensiomètre de VIGNES, LANDRIEU et LEROUGE; son action sur l'agitation de la femme, sur les douleurs de la dilatation et de l'expulsion; enfin ses effets sur l'état général de la mère et de l'enfant in utero et à la naissance.

OBSERVATION I

I pare de 24 ans.

Réglée irrégulièrement depuis l'âge de 16 ans, elle a eu quelques angines et, en août 1935, une intoxication par le véronal (tentative de suicide) qui semble avoir été peu grave. Elle n'a pas fait de fausse couche.

Ses dernières règles sont du 25 mai 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 8 h. 30; elle a eu ses premières douleurs la veille à midi.

A l'examen, on constate que la tête est en bas en voie d'engagement, le dos à gauche, les membranes intactes, la dilatation de 1 à

2 fr.; l'auscultation fœtale est positive; les urines et la température sont normales, le pouls bat à 80. Elle souffre peu.

A 10 h. 15, ses douleurs sont plus accusées, durant 2 minutes avec un intervalle de 2 à 3 minutes; sa tension utérine (T. U.) est de 12-19; elle s'agite un peu.

A 10 h. 30, elle crie et s'agite beaucoup; elle accuse des douleurs très fortes; nous lui introduisons un suppositoire de sonéryl qui provoque une sensation de brûlure assez vive.

A 11 h., ses douleurs sont encore plus fortes, durant 3' espacées de 4'; le suppositoire ne la brûle plus.

A 11 h. 30, ses douleurs ont le même caractère; elle s'agite moins. T. U. = 16.20.

A 12 h. 15, ses douleurs ont la même intensité et le même rythme, ses membranes sont intactes, le col dilaté de 2 à 5 fr.

A 13 h. 45, elle se sent légèrement engourdie mais perçoit nettement ses douleurs qui sont devenues subintrantes avec des paroxysmes durant 1'; elle crie peu et ne s'agite plus. T. U. = 14.18.

A 16 h. 30, elle s'agite un peu et pousse de véritables hurlements à chaque douleur, elle est à dilatation complète, mais a de l'œdème de la lèvre antérieure du col.

On lui donne un bain formolé.

A 19 h., elle est plus calme; ses douleurs sont espacées de 3' et durent 2'; elle est prostrée et se sent suivant sa propre expression « abrutie »; elle déclare avoir envie de dormir, et semble d'ailleurs somnoler. T. U. = 12.15.

Jusqu'à son accouchement on ne l'entend plus crier et elle ne s'agite plus.

A 21 h. 45, elle accouche à terme d'un garçon bien vivant pesant 3.090 gr., avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 600 grs.

Elle nous déclare le lendemain n'avoir rien senti au passage de la tête, et, environ une heure avant d'accoucher, elle ne sentait que des douleurs sourdes, très supportables. Elle se sent encore un peu engourdie.

Suites de couches normales.

OBSERVATION II

I pare de 21 ans.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, elle n'a aucun anté-

cèdent pathologique. Pas de fausse couche. Ses dernières règles sont du 18 juillet 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 13 h. 45; elle a eu ses premières douleurs cette nuit à 1 h. Ses urines et sa température sont normales; le pouls bat à 110.

A l'examen on constate que la tête est en bas, le dos à droite; le col en voie d'effacement est souple et dilaté comme 5 fr.; la poche des eaux est intacte; l'auscultation fœtale positive. Ses douleurs surviennent toutes les 10 minutes et durent 1 minute. T. U. = 11.13. C'est une femme nerveuse, très agitée et qui appréhende fortement son accouchement.

A 14 h. 45, nous lui introduisons un suppositoire de sonéryl; elle accuse une très légère sensation de brûlure qui disparaît une demi-heure après.

A 15 h. 30, ses douleurs ont la même intensité; elles durent 2 minutes et sont espacées de 4 minutes; elle crie et s'agite beaucoup. T. U. = 14.18.

A 16 h., elle accuse des douleurs très vives, ayant le même rythme, et la même durée. T. U. = 12.16.

A 16 h. 30, ses douleurs sont plus sourdes et elle crie moins; elle déclare se sentir engourdie; T. U. = 12.14; le pouls bat à 90.

A 19 h., son col est dilaté comme une grande paume, ses membranes sont intactes; elle déclare que ses douleurs sont plus vives.

A 19 h. 30, les douleurs sont devenues subintrantes, avec des paroxysmes toutes les 3 minutes; elle crie et s'agite toujours. T. U. = 11.18.

A 20 h. 20, rupture des membranes.

A 20 h. 45, elle accouche au terme de 7 mois 1/2 environ, d'une fille pesant 1.850 grs, bien vivante, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 380 grs.

Elle s'endort aussitôt. Le lendemain, elle nous déclare avoir souffert beaucoup au moment de l'expulsion de la tête, mais moins qu'elle ne l'aurait supposé, était donné ses douleurs antérieures. Suites de couches normales.

OBSERVATION III

I pare de 23 ans.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, elle n'a aucun anté-

cèdent pathologique héréditaire; elle a eu une broncho-pneumonie suivie d'une pleurésie en 1932, pas de fausse couche.

Ses dernières règles sont du 30 mai 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 9 h. 45; elle a eu ses premières douleurs la veille à 19 h. 30. Ses urines et sa température sont normales; le pouls bat à 120.

A l'examen, on constate que la tête est en bas, engagée, le dos à droite, les membranes intactes, la dilatation du col entre 1 et 2 fr.; l'auscultation fœtale est positive; elle souffre peu.

A 10 h. 30, ses douleurs durent 3 minutes, espacées de 4 minutes; elles sont plus intenses. T. U. = 22.26. Nous lui introduisons un suppositoire de sonéryl qui détermine une légère sensation de brûlure qui va disparaître 30 minutes après.

A 11 h., ses douleurs sont plus fortes; elle s'agite et pousse quelques plaintes. T. U. = 23.27.

A 11 h. 30, son agitation est très intense et ses cris augmentent, ses douleurs durent 1 minute, et sont espacées de 4 minutes. T. U. = 23.30.

A 14 h., ses douleurs deviennent subintrantes, avec des paroxysmes toutes les deux minutes; elle crie et s'agite. T. U. = 21.32.

A 15 h., elle est plus calmée; elle s'agite peu, mais accuse des douleurs très vives à chaque contraction (espacées de 5 minutes, durant 2 minutes); elle a envie de dormir et se sent engourdie. T. U. = 22.28.

A 16 h., elle somnole, et est prostrée dans l'intervalle de ses douleurs qui ont le même rythme; elle ne s'agite plus, et ne crie plus; elle sent ses douleurs « comme dans un rêve » (?) nous dit-elle. T. U. = 22.26.

A 16 h. 30, elle accuse des douleurs plus vives, qui durent 1 minute, espacées de 4 minutes; la tension utérine n'a pas varié, et le col est toujours dilaté comme deux francs.

A 19 h., elle est à dilatation complète et la poche des eaux se rompt spontanément.

A 20 h., les douleurs redeviennent subintrantes, avec des paroxysmes durant 2 minutes; elle ne s'agite toujours pas. T. U. = 13.26.

A 21 h., nous retournons la voir, ne l'entendant plus crier; elle semble endormie, mais répond avec lucidité à nos questions; jusqu'à

son accouchement, elle ne s'agitait plus et ne poussait que des plaintes sourdes.

Elle accouche à terme à 3 h. 20 d'un garçon pesant 3.410 gr., avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 590 grs; l'enfant n'a pas crié aussitôt sa naissance; au bout de peu de temps, des frictions avec de l'alcool camphré ont provoqué les mouvements respiratoires.

Le lendemain, elle nous déclare avoir peu souffert durant la fin de son travail; elle dit n'avoir rien senti à l'expulsion de la tête.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

II père de 29 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 16 ans, elle a eu dans l'enfance la rougeole et une pleurésie, pas de fausse couche. Sa première grossesse (1932) a été normale ainsi que son premier accouchement (enfant vivant pesant 3.250 gr.).

Ses dernières règles sont de fin avril 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 15 h.; ses premières douleurs datent de ce matin à 11 h. Ses urines et sa température sont normales; son pouls bat à 80.

À l'examen on constate que la tête est en bas, mobile, le dos à droite, les membranes intactes, le col dilaté comme 2 frs; l'auscultation fœtale est positive; elle souffre peu.

À 16 h. 45, la dilatation du col n'a pas augmenté; le col est un peu épais; elle se plaint d'une vive céphalée, crie et s'agite beaucoup; ses douleurs, espacées de 3 minutes, durent deux minutes. T. U. = 18.28. Nous lui introduisons un suppositoire de sonéryl, qui ne provoque aucune sensation de brûlure.

À 17 h. 30, ses douleurs, qui ont le même rythme sont moins accusées; elle déclare les sentir à peine; la céphalée a disparu; elle ne s'agit plus.

À 18 h., elle s'endort et déclare ne plus souffrir; la tension utérine n'a pas varié.

À 20 h., ses douleurs reprennent, et elle crie un peu, toujours

sans agitation; elle souffre pendant deux minutes, avec des intervalles de 1 minute, et nous réclame impérieusement un autre suppositoire que nous lui refusons par prudence. T. U. = 15.22.

A 22 h., ses douleurs ont toujours le même caractère; elle somnole, mais est très lucide quand on lui adresse la parole; le col est dilaté comme 5 frs.

A 24 h., à dilatation complète, on lui rompt sa poche des eaux.

Elle accouche à terme, à 1 h. 20, d'un garçon pesant 4.520 grs, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 760 grs. Comme le précédent, l'enfant a du être ranimé par des frictions à l'alcool camphré, réanimation durant d'ailleurs très peu de temps.

Le lendemain, elle nous déclare avoir souffert plus qu'à son premier accouchement, surtout à l'expulsion de la tête.

Suites de couches normales.

OBSERVATION V

I pare de 20 ans.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, elle n'a eu que des maladies de l'enfance (rougeole, coqueluche, varicelle), pas de fausse couche.

Ses dernières règles sont du 28 juin 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 9 h.; le travail a commencé à 5 h.; ses urines et sa température sont normales; le pouls est à 80.

A l'examen on constate que la tête est en bas, engagée, le dos à droite, les membranes intactes, le col dilaté comme 2 frs; l'auscultation fœtale est positive; elle déclare avoir de vives douleurs.

A 10 h. 15, ses douleurs durent 1 minute, espacées de 5 minutes. T. U. = 15.30; elle s'agite beaucoup et pousse de véritables hurlements à chacune de ses contractions utérines. Nous lui introduisons un suppositoire de sonéryl, qui provoque une légère sensation de brûlure.

A 10 h. 30, ses douleurs ont le même caractère; la dilatation est de grande paume. T. U. = 15.45.

A 11 h. 15, elle accuse des douleurs plus fortes, mais ne s'agite plus, et crie moins; les contractions sont maintenant plus fréquentes (espacées de 2 minutes) et durent deux minutes.

A 11 h. 45, elle se sent engourdie; elle ne crie plus, ne s'agite plus et perçoit moins bien ses contractions qui surviennent maintenant toutes les minutes, mais sont fugaces.

A 12 h. 15, elle accouche à terme, d'un garçon vivant pesant 3.570 grs, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 550 grs; elle s'endort aussitôt.

Le lendemain, elle nous déclare avoir beaucoup souffert au passage de la tête, et que à la fin de son travail, ses douleurs avaient beaucoup diminué.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

I pare de 28 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle n'a pas d'antécédents pathologiques; pas de fausse couche.

Ses dernières règles sont du 25 juin 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 11 h.; son travail a débuté à 2 h.; ses urines et sa température sont normales, le poulx bat à 75.

A l'examen, on constate que la tête est en bas, engagée, le dos à gauche, la dilatation de 2 frs, les membranes intactes; l'auscultation fœtale est positive; elle se plaint de souffrir beaucoup, elle crie et s'agite passablement; ses douleurs durent deux minutes avec des intervalles de 5 minutes. T. U. = 12.17.

Nous lui introduisons un suppositoire de sonéryl qui lui cause une légère sensation de brûlure, disparue un quart d'heure après.

A 12 h., ses douleurs deviennent subintrantes, avec des paroxysmes de courte durée, survenant toutes les 3 minutes; elle s'agite et crie beaucoup.

A 14 h., elle s'agite moins et se sent légèrement engourdie, mais à chaque contraction accuse une vive douleur; les contractions ne sont plus subintrantes, elles sont espacées de 4 minutes et durent 2 minutes. T. U. = 13.20.

A 16 h., le col est dilaté comme 5 frs; la femme se sent plus engourdie que tout à l'heure et a envie de dormir; ses douleurs ont diminué; elle les perçoit cependant très nettement à chacune de ses contractions (qui ont le même rythme).

A 20 h., la dilatation atteint grande paume, les membranes sont rompues; elle ne s'agite pas et ne crie pas.

Elle accouche à 22 h. 30, à terme, d'une fille vivante pesant 3.380 grs, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 570 grs; elle s'endort aussitôt.

Nous la revoyons le lendemain; elle nous déclare avoir moins souffert à la fin du travail qu'au début.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VII

I pare de 30 ans.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, elle a eu une pleurésie à 22 ans; pas de fausse couche. Ses dernières règles sont du 14 juillet 1935; sa gestation a été normale.

Son travail a débuté à 3 h.

A 7 h. 30, on constatait que la tête était en bas, profondément engagée, le dos à gauche, les membranes intactes, la dilatation de 50 cent.; l'auscultation fœtale est positive.

A 8 h. 45, la dilatation du col était de 1 à 2 fr. Nous la voyons à 10 h.; elle a de vives douleurs espacées de 3 minutes et durant 2 minutes; elle crie et s'agite beaucoup. T. U. = 10.20. Nous lui introduisons un suppositoire au sonéryl, qui provoque une très légère sensation de brûlure.

A 11 h., elle s'agite toujours, ses douleurs ont le même rythme. T. U. = 15.22.

A 11 h. 30, elle ne s'agite plus, et ses cris se sont transformés en plaintes sourdes; elle perçoit nettement ses douleurs, mais les trouve moins vives.

A 14 h. 30, nous la trouvons dans le même état, légèrement engourdie et avec des douleurs durant 2 minutes, espacées de 4 minutes. T. U. = 14.22.

Jusqu'à son accouchement, elle ne s'agitiera plus mais continue à se plaindre, avec parfois des cris à chaque contraction utérine.

A 17 h., elle est à dilatation complète et ses membranes sont rompues.

Elle accouche à terme à 17 h. 40, d'une fille vivante pesant

2.950 grs avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 510 grs.

Le lendemain, elle nous déclare, comme les précédentes qu'à la fin de son accouchement, elle a bien moins souffert qu'au début.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII

I pare de 23 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, elle a dit-elle un ulcère d'estomac diagnostiqué il y a deux ans; pas de fausse couche.

Ses dernières règles sont du 10 août 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 14 h., elle a eu ses premières douleurs à 8 h. Ses urines et sa températures sont normales; le pouls est à 70.

A l'examen, on constate que la tête est en bas, engagé, les membranes intactes, le col dilaté comme 5 frs; l'auscultation fœtale est positive; elle se plaint de souffrir beaucoup. Ses douleurs, durent deux minutes et sont espacées de 4 minutes. T. U. = 22.28.

Nous lui introduisons un suppositoire au sonéryl qui provoque une légère sensation de brûlure, qui va disparaître en 20 minutes.

A 15 h., la dilatation du col est de grande paume, les douleurs sont très vives, plus fréquentes (espacées de deux minutes) et durent 3 minutes. T. U. = 19.27; les membranes se rompent spontanément.

A 18 h., elle somnole et semble dormir dans l'intervalle de ses douleurs; elle ne s'agite pas, n'ayant d'ailleurs jamais eu d'agitation depuis que nous l'observons. T. U. = 17.25.

Jusqu'à son accouchement, son état ne se modifiera pas; elle crie un peu à chacune de ses contractions, qui lui causent une douleur assez vive.

Elle accouche à 0 h. 35 le lendemain, au terme de 8 mois environ, d'une fille vivante pesant 2.290 grs, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 370 gr.

Le lendemain, elle nous déclare avoir moins souffert à la fin du travail qu'à son début, mais que la différence était peu marquée.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IX

II pare de 25 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle a eu dans l'enfance la scarlatine, la rougeole et la varicelle, pas de fausse couche; sa première grossesse (en 1931) a été normale, ainsi que son accouchement qui a duré 10 h. (fille à terme pesant 2.750 grs).

Ses dernières règles sont du 2 juillet 1935, sa gestation a été normale; nous la voyons à 9 h. 45, son travail ayant débuté à 5 h.; les urines et la température sont normales, le pouls bat à 80.

A l'examen on constate que la tête est en bas, non engagé, le dos à droite, les membranes intactes; le col est souple, effacé, et dilaté comme 5 frs; l'auscultation fœtale est positive; elle souffre beaucoup et s'agite un peu; toutes les 5 minutes, pendant une minute environ, survient une contraction utérine très douloureuse. T. U. = 19.25.

Nous lui introduisons un suppositoire au sonéryl, qui ne provoque aucune sensation de brûlure.

A 11 h., ses douleurs ont le même rythme; elles sont moins vives.

A 11 h. 30, elle ne crie plus et déclare sentir beaucoup moins ses douleurs; elle se sent somnolente et légèrement engourdie. T. U. = 20.29.

A 12 h. 30, à dilatation complète, ses membranes se rompent spontanément.

Elle accouche à terme, à 13 h., d'une fille vivante pesant 3.170 grs, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 480 grs; elle s'endort et se réveille deux heures après. A son réveil, elle se déclare très satisfaite de notre tentative d'analgésie; elle dit avoir bien moins souffert qu'à son premier accouchement. Suites de couches normales.

OBSERVATION X

I pare de 28 ans (II geste).

Bien réglée depuis l'âge de 12 ans, elle a eu la rougeole et la

coqueluche dans son enfance; elle a fait un avortement spontané de deux mois en 1934.

Ses dernières règles sont du 3 juillet 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 11 h. 30, ses douleurs ont commencé à 4 h. Ses urines et sa température sont normales; son poulx bat à 90.

A l'examen on constate que la tête est en bas, fixée, le dos à droite, les membranes intactes, le col dilaté comme 5 frs; l'auscultation foetale est positive; elle a des douleurs peu intenses toutes les 5 minutes, durant une minute; elle est peu agitée. T. U. = 18.30.

Nous lui introduisons un suppositoire au sonéryl, qui provoque une légère brûlure, qui disparaîtra un quart d'heure après.

A 13 h. 30, elle est un peu plus agitée, elle se sent engourdie et somnole, mais perçoit nettement ses contractions utérines qui lui font pousser des cris sourds; le col est dilaté entre petite et grande paume. T. U. = 18.22.

A 15 h., ses douleurs ont le même rythme; elle dit avoir envie de dormir; ses membranes sont rompues. T. U. = 20.26.

A 17 h., ses douleurs s'espacent et diminuent; elle dort presque et on est obligé de l'encourager à pousser, mais elle entend très bien ce qu'on lui dit et répond parfaitement à nos questions; elle dit ne presque rien sentir à chaque contraction utérine.

A 18 h., elle accouche, à terme, d'un garçon vivant pesant 2.170 grs, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 370 grs. Elle s'endort aussitôt, et nous déclare, le lendemain avoir à peine souffert à partir du moment où elle a commencé à se sentir engourdie.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XI

III pare de 40 ans (IV geste).

Bien réglée depuis l'âge de 12 ans, elle a eu dans l'enfance la rougeole et la coqueluche; en 1922, on l'opère pour un kyste de l'ovaire droit.

Cette même année, une fausse couche de 4 mois nécessite un curetage; elle a eu deux accouchements normaux en 1924 et 1927 (ses enfants sont morts de méningite en bas âge); elle ne peut pré-

ciser le temps qu'il lui a fallu pour accoucher, mais dit que ses accouchements ont duré très longtemps.

Ses dernières règles datent du 10 juillet 1935; sa gestation a été normale.

Nous la voyons à 11 h. 45; le travail a commencé la veille à 5 h. Ses urines et sa température sont normales; le pouls bat à 100.

A l'examen on constate que la tête est en bas, mobile, le dos à gauche, les membranes intactes, le col dilaté comme 1 frs; l'auscultation fœtale est positive. Elle se plaint de souffrir beaucoup et s'agite un peu; ses douleurs durent deux minutes avec des intervalles de 5 minutes. T. U. = 22.46. Nous lui introduisons un suppositoire de sonéryl qui ne provoque aucune sensation de brûlure nous la revoyons à 13 h. 45; elle somnole et se sent engourdie, mais perçoit nettement ses douleurs; elle ne s'agite plus; les membranes sont rompues, le col est dilaté à grande paume. T. U. = 22.40; jusqu'à son accouchement elle restera dans le même état de somnolence, percevant très nettement ses douleurs mais s'en plaignant moins que dans la matinée.

Elle accouche à terme, à 15 h. d'une fille vivante pesant 2.890 grs, avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 320 grs; une épisiotomie large a été nécessaire étant donné la petitesse de l'orifice vulvaire; on pratique l'anesthésie générale au chloroforme pour recoudre l'incision. Cette anesthésie n'est aucunement influencée par la présence de sonéryl dans l'organisme de la femme qui revient à la conscience dans les délais normaux.

Le lendemain, elle ne peut nous préciser si elle a moins souffert pour cet accouchement que pour les précédents; en tout cas dans le cas présent elle a moins souffert l'après-midi que le matin. Suites de couches normales.

OBSERVATION XII

I pare de 22 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 11 ans, elle n'a pas de passé pathologique, pas de fausse couche.

Ses dernières règles sont du 4 juillet 1935; sa gestation a été normale.

Son travail a débuté à 1 h.

A 6 h., on constatait que la tête était en bas, engagée, le dos à gauche, les membranes intactes, le col à dilatation de 5 frs; l'auscultation fœtale était positive.

A 12 h., la dilatation du col est entre petite et grande paume.

Nous la voyons à 14 h.; elle se plaint que ses douleurs sont très intenses; elle s'agite et crie; ses contractions utérines durent 3 minutes et sont espacées de 2 minutes, le pouls bat à 80. T. U. = 19.26.

Nous introduisons un suppositoire au sonéryl, qui provoque une sensation de brûlure très légère, qui disparaît en une demi-heure.

A 14 h. 30, la dilatation du col est la même qu'à midi; ses douleurs ont le même rythme; elle crie et s'agite beaucoup.

A 15 h., elle dit souffrir encore plus; les contractions et la tension utérines n'ont pas subi de modifications.

A 16 h., elle commence à se sentir engourdie, et au bout de peu de temps dit avoir envie de dormir; mais elle ressent ses douleurs avec la même intensité. T. U. = 19.21.

A 16 h. 30, le col est à dilatation de grande paume; les contractions utérines ont le même rythme; la femme dit que ses douleurs sont de plus en plus vives; elle crie souvent mais ne s'agite pas.

A 17 h., elle se sent tout à fait somnolente, et perçoit moins nettement ses douleurs; elle crie moins; les contractions utérines sont espacées de 3 minutes et durent 2 minutes. T. U. = 18.26.

A 18 h., ses douleurs diminuent encore. T. U. = 20.26.

A 20 h., elle est très calme, ce calme contrastant avec ses cris et son agitation du début de l'après-midi; elle pousse seulement quelques plaintes sourdes au moment des contractions; elle restera ainsi jusqu'à son accouchement.

A 24 h., à dilatation complète, les membranes se rompent spontanément.

Elle accouche à terme, à 1 h. 05, d'un garçon vivant pesant 2.700 gr., avec un placenta (délivrance naturelle complète) de 520 gr. Elle n'a pas souffert au passage de la tête, mais son périnée a cédé.

Le lendemain elle nous déclare avoir à peine souffert pendant les dernières heures de son travail.

Suites de couches normales.

Nous avons réuni les points essentiels de nos douze observations, en un tableau qui permettra de mieux en déduire les conclusions que l'on peut en tirer :

Observations :	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Parité	I	I	I	II	I	I	I	I	II	I	III	I
Durée totale du travail	33 h. 45	19 h. 45	32 h. 10	14 h. 20	7 h. 15	20 h. 30	14 h. 40	16 h. 35	8 h.	14 h.	34 h.	24 h.
Moment d'applica- tion du supposi- toire; dilatation de	2 fr.	5 fr.	2 fr.	2 fr.	5 fr.	2 fr.	2 fr.	5 fr.	5 fr.	5 fr.	1 fr.	petite à grande paume
Temps qui s'écoule avant qu'il agisse.	8 h. 30	2 h. 45	4 h. 30	45 minut.	1 h. 30	3 h.	1 h. 30	4 h.	1 h. 15	2 h.	2 h. 15	2 h.
Temps qui s'écoule depuis le mo- ment où il agit, jusqu'à l'accou- chement	2 h. 45	4 h. 15	12 h. 20	8 h.	30 minut.	8 h. 30	6 h. 10	6 h. 35	2 h.	4 h. 30	1 h.	9 h.
Etat de l'enfant : in utero	normal	normal	normal a dû être ranimé	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal
à la naissance ..	normal	normal	très légèrement diminuée	a dû être ranimé	normal	normal	normal	normal	normal	légèrement diminuée	normal	non modifiée
Durée des contrac- tions	non modifiée	non modifiée	très légèrement diminuée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	légèrement diminuée	non modifiée	non modifiée
Fréquence des con- tractions	non modifiée	non modifiée	légèrement diminuée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	légèrement diminuée	non modifiée	non modifiée	légèrement diminuée	non modifiée	non modifiée
Tension utérine ...	légèrement diminuée	non modifiée	légèrement diminuée	légèrement diminuée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée	non modifiée
Agitation	diminuée	normale	abolie	abolie	abolie	abolie	abolie	n'a jamais été agitée	n'a jamais été agitée	abolie	abolie	abolie
Douleurs	légèrement diminuées	normales	très diminuées	très diminuées	diminuées	très diminuées	un peu diminuées	légèrement diminuées	très diminuées	très diminuées	un peu diminuées	diminuées

DISCUSSION

Effectuons maintenant la synthèse de ces diverses observations, et examinons si le sonéryl donne au praticien toute satisfaction quant à son action sur la douleur et toute sécurité quant à son inocuité envers l'état général de la mère et celui de l'enfant..

Remplit-il les conditions que nous avons exposées dans un précédent chapitre, conditions auxquelles doit se soumettre tout analgésique obstétrical ?

1. *Le sonéryl est-il sans danger pour la santé de l'enfant ?* Nous n'avons jamais entendu, au cours du travail, les bruits du cœur se modifier, ni constaté l'issue de méconium à la vulve; à la naissance, les enfants étaient bien vivants, et ont crié aussitôt, sauf dans les observations III et IV où on a dû les ranimer; cette réanimation a d'ailleurs duré très peu de temps (nous ne pouvons préciser, mais sa durée se situe entre 1 et 2 minutes); par la suite, ces enfants étaient aussi normaux que les autres, et prenaient aussi bien le sein. Toutefois ces deux incidents nous ont fait juger imprudent l'emploi de doses de sonéryl supérieures à 20 cgr.; c'est pourquoi pendant notre travail, nous n'avons utilisé que des suppositoires dosés à 20 cgr. de sonéryl.

2. *Le sonéryl comporte-t-il des inconvénients pour la*

santé de la mère ? A aucun moment nos parturientes n'ont été gênées par l'emploi du sonéryl; elles se sont toutes senties un peu somnolentes, mais sans être déprimées; après l'accouchement elles s'endormaient, comme la plupart des femmes; à leur réveil, rien ne subsistait de leur état d'engourdissement; à aucun moment donc, le sonéryl ne nous a paru contre-indiqué par son action possible sur l'état général de la mère. Dans l'observation XI, nous avons une femme à qui on a pu appliquer une anesthésie au chloroforme, sans que le sonéryl ait eu une influence quelconque; le sonéryl ne suscite donc aucune contre-indication, quant aux interventions que l'on pourrait être amené à pratiquer au cours du travail, et après l'accouchement.

De plus, dans tous les cas (sauf Obs. II), il calme dans de fortes proportions l'agitation de la femme, et dans la plupart des cas il abolit toute agitation (surtout dans les Obs. V, X et XII). Le seul inconvénient de son emploi est la légère sensation de brûlure qu'il provoque sur la muqueuse rectale; cette sensation disparaît d'ailleurs très vite, et est si faible qu'elle passe parfois inaperçue.

3. *Le sonéryl laisse-t-il les femmes conscientes ?* Jamais nous n'avons vu de femme inconsciente au point de ne pas répondre à nos questions; toutes se rendaient parfaitement compte de ce qui se passait autour d'elles; même celles qui étaient les plus engourdies (Obs. III, IX, X, XII), réagissaient au moindre bruit, ne dormaient pas et semblaient très lucides.

4. *Le sonéryl influence-t-il l'évolution du travail, et retarde-t-il l'accouchement ?* Il suffit de consulter le petit

tableau que nous avons établi pour constater que la durée de nos accouchements a été normale, la III pare de l'Obs. XI nous ayant déclaré que ses deux précédents accouchements ont duré très longtemps.

Dans l'Obs. XII, si le sonéryl avait dû retarder l'accouchement, il aurait eu le temps de le faire, ayant commencé à agir 9 h. avant celui-ci; de même, dans les Obs. III, VI, VII, VIII, l'analgésique aurait eu largement le temps de retarder l'expulsion, ayant de 6 à 9 h., avant celle-ci, pour agir.

Constatons que la durée des contractions, leur fréquence, la tension utérine, n'ont été modifiées défavorablement (très légèrement d'ailleurs) que dans les Obs. I, III, IV, VII et X, dans lesquelles la durée totale du travail ne paraît pas exagérée.

5. *Le sonéryl exige-t-il une technique d'emploi très précise, et la présence constante du médecin pour en surveiller les effets ?* Sur la facilité de la technique d'emploi du sonéryl sous forme de suppositoires, il serait puéril d'insister; le mot de « technique » semble même ici trop pompeux.

A aucun moment nous n'avons eu l'impression que les parturientes analgésiées par ce moyen aient eu besoin d'une surveillance particulière; dans un seul cas (Obs. X), il a fallu encourager presque continuellement la femme à « pousser », à la période d'expulsion; mais quel est l'accoucheur qui ne se trouve pas auprès des parturientes à cette période du travail ?

Abordons maintenant et but et la raison d'être de notre étude :

Le sonéryl diminue-t-il les douleurs de l'accouchement normal ? Il est difficile d'apprécier l'intensité de la douleur, surtout au cours du travail de l'accouchement; les femmes ont une tendance marquée à exagérer leurs souffrances, dans l'espoir de se faire « endormir ».

Pour apprécier le degré d'intensité des douleurs chez nos parturientes, nous nous sommes basés sur la nature et l'intensité de leurs cris, et nous les avons interrogées le lendemain, alors qu'elles n'avaient aucun intérêt à exagérer ou à diminuer les douleurs de la veille.

L'avis des parturientes n'accouchant pas pour la première fois présente un gros intérêt; la III pare de l'Obs. XI ne peut nous donner aucune précision; elle dit ne pas se rappeler l'intensité des douleurs de ses deux accouchements précédents; la II pare de l'Obs. IV nous dit avoir un peu plus souffert qu'à son premier accouchement, au moment de l'expulsion de la tête, ce qui n'est pas pour nous surprendre car l'enfant que nous avons vu naître pesait 4.520 grs, alors que le premier ne pesait que 3.250 grs; la II pare de l'Obs. IX nous déclare avoir bien moins souffert que lors de son premier accouchement, or à ce moment là son enfant pesait 2.750 grs, tandis que le deuxième pèse 3.170 grs.

Dans l'ensemble, il nous paraît que le sonéryl, s'il ne supprime pas entièrement les douleurs du travail, les atténue dans des proportions variables, atténuation parfois considérable (Obs. III, IV, VI, IX et X).

Sur 12 observations nous avons donc eu cinq cas où la

douleur était fortement diminuée, trois cas (Obs. V, VII, XII) où les douleurs étaient bien moindre que celles d'une femme qui n'aurait pas eu de sonéryl, trois cas (Obs. I, VIII et XI) où les douleurs ont été peu influencées, et un échec (Obs. II) où les douleurs n'ont pas été modifiées, et où le sonéryl n'a manifesté son action qu'en rendant la parturiente légèrement somnolente¹.

Nous pensons que le moment le plus favorable à l'application du sonéryl, est le moment où le col est dilaté entre 2 et 5 frs, car, son action se manifestant au bout d'un temps variant entre 1 h. et 4 h. 30 (sauf le cas de l'Obs. I que l'on peut, semble-t-il, considérer comme une exception), il peut agir au moment où les douleurs sont les plus pénibles. Introduit trop tard, il pourrait ne pas manifester son action avec autant d'efficacité, comme c'est probablement le cas dans l'Obs. V où il n'a pu agir que contre les douleurs de la période d'expulsion. Quant à la dose à employer, nous avons exposé plus haut les raisons qui nous fait juger imprudent l'emploi de doses supérieures à 20 centigrammes.

(1) Sans vouloir généraliser, rapportons à 100 ces résultats :
nous avons : 66 % de succès.
25 % de demi-succès.
9 % d'échecs.

CONCLUSIONS

I. Le Sonéryl administré chez les parturientes sous forme de suppositoire, à la dose de 20 cg. :

1° peut être employé en toute sécurité quant à l'état général de l'enfant in utero et à la naissance;

2° n'a aucune action nocive sur l'organisme maternel et provoque chez les parturientes en même temps qu'un état somnolent, une action sédative et parfois même une diminution ou une suppression de l'agitation lorsqu'elle existe;

3° ne nécessite pas une surveillance étroite des parturientes au cours du travail;

4° modifie peu la marche du travail au cours de l'accouchement, dont la durée n'est pas allongée;

5° tout en ne procurant pas une analgésie complète, calme les douleurs dans des proportions appréciables sans abolir la conscience.

II. Pour l'administration du Sonéryl aux parturientes, le moment le plus favorable est celui où le col est dilaté à la dimension d'une pièce de 2 à 5 frs.

III. L'application de Sonéryl aux femmes en travail constitue une méthode sinon d'analgésie du moins d'hypoalgésie obstétricale essentiellement pratique ne présentant aucun danger et dont les résultats permettent d'envisager la généralisation de son emploi.

Vu, le Président de Thèse,
TIFFENEAU.

Vu, le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BOIVIN. — L'accouchement indolore. Etat actuel de la question (*Gaz. Méd. Cen.*, 1926).
- BOHLER (E.). — Expériences cliniques sur l'anesthésie obstétricale au pernocton (*Strasbourg médical*, 25 déc. 1931).
- CERNÉ. — Hypnotiques uréiques et analgésie obstétricale (*Th. Paris*, 1923).
- CLEISZ. — L'anesthésie obstétricale par l'injection intra-veineuse de somnifène (*Presse Médicale*, n° 101, 7 déc. 1924).
- DELMAS. — A propos de l'accouchement indolore (*Sté d'Obst. et de Gyn. de Montpellier*. Séance du 2 avril 1924).
- DELMAS et ROUME. — Au sujet de l'anesthésie obstétricale par les composés uréiques (*Sté d'Obst. et de Gyn. de Montpellier*. Séance du 10 déc. 1924).
- Au sujet de l'anesthésie obstétricale par les composés uréiques (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1925).
- VAN DEL (D. T.). — The oral administration of sodium amytal in labor (*Am. J. Obst. and Gyn.* Avril 1933).
- DEROME. — Etude d'un dérivé uréique comme anesthésique dans la pratique obstétricale (*Thèse Paris*, 1926).
- HAMM. — Des procédés d'anesthésie au cours de l'accouchement (*III^e Congrès de Gynécologie et Obstétrique*, 16 août 1923).
- HAMBLIN et HAMBLIN. — The oral administration of sodium iso amyl ethyl barbiturate in labor (*Am. J. Obst. and Gyn.*, mai 1931).
- JOANNY (M.). — Nouvel essai d'anesthésie obstétricale par une association de morphine scopolamine (*Th. Paris*, 1924).
- JODIN (R.). — L'anesthésie en pratique obstétricale (*Médecine pratique*, n° 6, 20 juin 1932).
- KELLY. — « Nembutal » dans le travail, 100 cas (*The Lancet*, n° 5.743, 23-9-33).

- LE LORIER et MAYER (Maurice). — Anesthésie obstétricale par l'évipan sodique à la Maternité de Port-Royal. (*La Gynécologie*. Avril 1935).
- LE LORIER. — L'analgésie obstétricale. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 3, 15 février 1933).
- LÉVY-SOLAL (E.). et SUREAU (M.). — Les barbituriques en obstétrique. (*Soc. d'études sur l'anesthésie et analgésie*. Séance du 7-12-35, in *Anesthésie et Analgésie*, n° 1, févr. 1936).
- LAFLEUR. — L'analgésie pendant l'accouchement. (*Th. Bordeaux*, 1927).
- LAVERDET (A.). — Nouvel essai d'analgésie obstétricale par l'hémypnal VIII. (*Thèse Paris*, 1927).
- LITTELL. — The effect upon new-born of an iso amyl ethyl barbiturate. (*Americ. J. of Obst.*, t. 22, 1932).
- MENDY. — L'analgésie obstétricale par l'hémypnal. (*Th. Bordeaux*, 1925).
- MAURICE (Armand). — Accouchement rapide sous anesthésie générale à l'évipan sodique. (*Sté d'obs. et de gyn. de Paris*. Séance du 13 janvier 1936. in *bulletin de Sté d'Obst. et de Gyn.*, n° 1, janvier 1936).
- NELSON (H. B.). — Use of sodium amytal and scopolamine anesthesia during labor. (*Am. J. Obst. and Gyn.*, t. 23, mai 1935).
- O'SULLIVAN-GRANER. — Nembutal et chloral en accouchement. (*The Lancet*, n° 5.655, 16 janvier 1932).
- PERLIS. — Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur. (*Th. Paris*, 1924).
- RUND (E. H.). — Use of solution of dial with urethane in obstetrics. (*Am. J. Surg.*, 26 nov. 1934).
- RISS. — Contribution à l'étude de l'analgésie obstétricale par le somnifène. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924).
- RATHELOT. — L'accouchement sans douleur au point de vue du médecin praticien. (*Concours Médical*, 1925).
- SFEZ. — De l'anesthésie en obstétrique. (*Th. Paris*, 1914).
- SIMPSON. — Inhalation de l'éther dans la pratique des accouchements. Traduit par Camphell. (*Union Médicale*, 1847).
- VAUDESCAL (R.). — L'anesthésie obstétricale au pernocton. (*L'Hôpital*, n° 332 bis, avril 1933).

VIGNES et DAUPHIN (J.). — *Année Obstétricale*, 1924 (pages LVI et LXI).

VIGNES et CHATAIN (J.). — Analgésie obstétricale par barbituriques. (*Presse Médicale*, n° 90, 1935).

— Effets de l'analgésie obstétricale par barbituriques sur la contraction utérine et sur le fœtus (*Presse Médicale*, n° 94, 1935).

ZUNZ (Ed.). — *Eléments de Pharmacodynamie générale* (Masson et Cie) 1930.

